

UNIVERZITA KARLOVA V PRAZE

HUSITSKÁ TEOLOGICKÁ FAKULTA

**Vliv ergoterapie na klienta s mentálním
a kombinovaným postižením**

**Effect of occupational therapy on the
client with mental and multiple disabilities**

Bakalářská práce

Vedoucí práce:

Prof. PhDr. Beáta Krahulcová, CSc.

Autor:

Martina Čiefová

Praha 2018

Poděkování

Děkuji vedoucí prof. PhDr. Beátě Krahulcové, CSc. za odborné vedení mé bakalářské práce. Také děkuji zařízení Domov Laguna za možnost sbírání dat do mého šetření.

Prohlášení

Prohlašuji, že jsem předkládanou bakalářskou práci „Vliv ergoterapie na klienta s mentálním a kombinovaným postižením“ vypracovala samostatně s použitím níže uvedených pramenů a literatury. Dále prohlašuji, že tato práce nebyla využita k získání jiného nebo stejného titulu.

V Praze dne 30.11 2018

Martina Čiefová

.....

Anotace

Bakalářská práce s názvem „Vliv ergoterapie na klienta s mentálním a kombinovaným postižením“ je zaměřena na působení ergoterapie na lidi s postižením.

Teoretická část řeší problematiku pojmu ergoterapie, pohlíží na její historii a vznik a vymezuje pojem mentální retardace a Downův syndrom.

Ve druhé části se zaměřuji na míru pracovního uplatnění lidí s mentálním postižením. Zjišťuji, jak na ně terapie působí a jestli je pro ně přínosná.

V šetření jsem použila metodu pozorování a částečně volný rozhovor. Výsledky pozorování jsou zpracované podrobným popisem klientových dovedností, jejich zhodnocením a doporučením další terapie.

Annotation

The Bachelor thesis entitled "Influence of occupational therapy on clients with intellectual and multiple disabilities" is focused on the effect of occupational therapy on people with disabilities.

The theoretical part deals with the issue of the concept of occupational therapy, looks at its history and origin and defines the concept of mental retardation and Down syndrome.

The second part focuses on the employment rate of people with intellectual disabilities. I'm finding out, how the therapy works upon them and whether it is beneficial for them.

In the survey I used the method of observation and a partly free conversation. The results of the observation are processed in a detailed description of the client's skills, their evaluation and recommendation of further treatment.

Klíčová slova

Ergoterapie, mentální retardace, Downův syndrom, levostranná hemiparesa

Keywords

Occupational therapy, mental retardation, Down syndrome, left-sided hemiparesis

Obsah

1	Úvod do problematiky.....	9
1.1	Definice ergoterapie, cíle a zaměření ergoterapie	9
1.2	Předmět oboru ergoterapie.....	10
1.3	Vztah ergoterapie k rehabilitaci	10
2	Historie oboru ergoterapie.....	11
2.1	Historie ergoterapie ve světě.....	11
2.1.1	Vývoj ergoterapie v období po 2. světové válce.....	12
2.2	Historie ergoterapie v České Republice.....	12
3	Základní principy práce s klientem	14
3.1	Autonomie klienta a jeho volba	14
3.2	Respekt a akceptace klienta	14
3.3	Terapeutické partnerství a sdílení odpovědnosti	14
4	Zaměstnávání, činnost a úkol v ergoterapii.....	15
4.1	Model výkonu zaměstnávání (Occupational performance model)	15
4.1.1	Složky výkonu zaměstnávání.....	15
5	Hodnocení v ergoterapii	17
5.1	Druhy hodnocení.....	17
5.2	Hodnocení kognitivních funkcí	17
5.3	Hodnocení psychosociálních funkcí	18
5.4	Hodnocení motorických funkcí	18
6	Hra a další volnočasové aktivity jako terapeutický prostředek v ergoterapii	19
6.1	Hra obecně	19
6.2	Hra v ergoterapii	19
7	Využití výtvarných činností a tradičních řemesel v ergoterapii.....	20
8	Mentální retardace.....	21
8.1	Psychologická charakteristika.....	21
8.2	Terminologie a charakteristika mentálního postižení	21
8.2.1	Klasifikace mentální retardace.....	21
9	Další postižení.....	24
9.1	Downův syndrom.....	24
9.1.1	Fyziognomie a anatomické zvláštnosti lidí s Downovým syndromem	24
9.2	Levostranná hemiparesa	24
10	Domov Laguna Psáry	25

10.1	Co domov nabízí	25
11	Analýza denního pracovního režimu v Domově Laguna Psáry	26
12	Šetření	27
12.1	osobní profily klientů	27
	Závěr	38
	Seznam použité literatury	40
	Přílohy	42
	Summary	52

Seznam zkratek

TBC – tuberkulóza

ČAE – Česká asociace ergoterapeutů

ADL – všední denní činnosti

PADL- personální denní činnosti

IADL- instrumentální denní činnosti

CNS – centrální nervová soustava

MKN 10. – Mezinárodní klasifikace nemocí

DS – Downův syndrom

DLP – Domov Laguna Psáry

ZŠ – základní škola

ÚSP – ústav sociální péče

Úvod

Téma bakalářské práce Vliv ergoterapie na klienta s mentálním a kombinovaným postižením jsem zvolila proto, že mám zkušenosti s přímou obslužnou péčí s lidmi s mentálním postižením. Práce s nimi mě baví, naplňuje a беру ji jako součást mého života, jako poslání. Považuji za důležité, když se s lidmi s mentální retardací pracuje s láskou, úctou, respektem a radostí a pomáhající mají pro tuto práci odborné kompetence, jako je tomu v institucionálním zařízení Domov Laguna v Psárech, kde mi bylo umožněno šetření.

Hlavním cílem práce je analyzovat ergoterapeutické postupy uzpůsobené pro klienta s postižením, vyhodnotit nejvhodnější formu ergoterapie, která přispívá k osobnímu růstu klienta a dále zmapovat vhodnost postupů a přístupů v konkrétním zařízení.

Teoretická východiska práce se zaměřují na vymezení pojmu ergoterapie, její využití a cíle. Dále analyzuji, co je pojem mentální retardace, jak vzniká, a jak jsou takto postižení lidé schopni žít. Také popíši jednu kombinovanou vadu.

Teoretická část práce vychází z odborné literatury, je zaměřena zvláště na deskripci ergoterapie. Ergoterapie je důležitá v tom, že osobám s mentálním postižením poskytuje určitou míru pracovního uplatnění a možnost seberealizace. Ergoterapie přináší i člověku s postižením prostor pro vyjádření jeho emocí, přispívá k zlepšení motorických schopností a socializaci člověka, pomáhá postiženému začlenit se do jednoduchého pracovního procesu, v jisté míře ho učí vést samostatný život v rámci jeho možností a schopností a stát se tak hodnotným členem společnosti.

I když současná společnost z velké části přijala integraci lidí s postižením do společnosti, najdou se ještě lidé, kteří na lidi s postižením pohlížejí s despektem. Pokládají osoby s mentálním postižením za méněcenné, neprospěšné společnosti, obtěžující a spadající pouze do institucionálních zařízení, kde by měli být izolováni od společnosti. Proto se v rámci šetření snažím prokázat, že při vhodném zaměstnání dokážou lidé s postižením být platnými členy společnosti. Metodou pozorování se zaměřuji na socializaci klientů do pracovního procesu při práci v pekárně s cílem zjistit, zda pracovní režim působí na klienty pozitivně a jestli při pravidelném denním režimu dochází ke zlepšení v sociální interakci.

1 Úvod do problematiky

1.1 Definice ergoterapie, cíle a zaměření ergoterapie

První definici ergoterapie vyslovil zakladatel oboru ergoterapie George Barton. Ten v roce 1914 prohlásil, že „*pokud existuje nemoc způsobená činností, musí existovat i terapie, která se činností zabývá*“.(KRIVOŠÍKOVÁ, 2011, s. 14).

Definice ergoterapie existuje několik, ale já jsem si vybrala tu, která je mi nejbližší. „*Cílem ergoterapie je podpořit zdraví a celkový pocit pohody jedince prostřednictvím smysluplného zaměstnávání. Ergoterapeuti jsou přesvědčeni o tom, že zdraví může být ovlivněno činností člověka. Ergoterapie je léčba osob s tělesným a duševním onemocněním nebo disabilitou, při které se používají specificky zvolené činnosti s cílem umožnit osobám dosáhnout maximální funkční úrovně a nezávislosti ve všech aspektech života.*“ (JELÍNKOVÁ, KRIVOŠÍKOVÁ, ŠAJTAROVÁ, 2009, s. 13).

Slovo **ergoterapie** vzniklo z řeckých slov **ergon** = práce a **therapia** = léčení, terapie. V některých evropských jazycích se výraz ergoterapie začal používat zhruba od 60. let 20. století. Nahradil tak dříve používaný termín pracovní terapie. V České republice se také ustálil termín ergoterapie, ačkoli se často zaměňuje za původní název léčba prací.

Pomocí ergoterapie mohou postižení lidé vykonávat běžné denní činnosti. To znamená, že se do těchto aktivit sami zapojují, navzdory svému postižení nebo poruše. Ergoterapie se vztahuje ke všem činnostem, které napomáhají člověku vyplnit jeho čas. Tato zaměstnávání pomáhají lidem potvrdit sebe sama a umožňují jim účastnit se společenského života. To vede k integraci těchto lidí do společnosti.

V ergoterapii se všechny tyto činnosti nazývají odborným termínem oblasti výkonu zaměstnávání a obvykle se tak dělí do třech velkých skupin:

1. **všední denní činnosti** (z angl. activities of daily living),
2. **práce a produktivní činnosti**
3. **hra a volný čas.** (KRIVOŠÍKOVÁ, 2011).

Ergoterapie probíhá individuálně, pomocí skupinové intervence nebo prostřednictvím konzultační služby. To umožňuje účast lidí při různých aktivitách v jejich komunitě. Ergoterapeut tedy využívá v léčbě postižení specifických zaměstnávání, která umožňují člověku být činný.

Hlavními cíli ergoterapie jsou podle Krivošíkové:

- hodnocení chování v jednotlivých složkách výkonu (např. kognitivních, psychosociálních nebo senzomotorických)

- vycházet z klientových potřeb
- rozvíjet a podporovat normální funkční výkon jedince
- zabránit vzniku dysfunkce
- zapojovat osoby do aktivit, které slouží k rozvíjení jeho schopností a dovedností
- co nejvíce rozvíjet zdraví jedince (KRIVOŠÍKOVÁ, 2011).

1.2 Předmět oboru ergoterapie

Ergoterapie je profese, která čerpá z lékařských a sociálních věd. Zaměřuje se na zaměstnávání v životě jedince. Zkoumá, jaký vliv má disabilita¹ na schopnost provádění konkrétních činností. Filozofie ergoterapie vychází z předpokladu, že každý člověk je jedinečná osobnost, která je schopna zlepšit své funkční schopnosti a kvalitu svého života.

Pokud člověk nemůže v plné míře vykonávat každodenní činnosti, může se zpomalit jeho vývoj, zhorší se nebo úplně ztratí funkční schopnosti, může se zvýšit závislost na okolí a zhoršit se celková kvalita jeho života. Z tohoto důvodu je smysluplná činnost brána jako prostředek terapie.

1.3 Vztah ergoterapie k rehabilitaci

Světová zdravotnická organizace (World Health Organization, WHO) uvádí, že 10 % světové populace má nějakou formu poruchy. Počet těchto lidí může stoupat z důvodu nárůstu a stárnutí populace, zvyšujícímu se počtu chronicky nemocných osob a pokrokům medicíny, které udržují a prodlužují délku života. Z tohoto důvodu jsou zvýšené nároky na léčbu a rehabilitaci.

Rehabilitace napomáhá lidem s disabilitou dosáhnout určité úrovně fyzických, senzorických a sociálních funkcí. Poskytuje těmto lidem různé nástroje a pomůcky, které potřebují k sebeobsluze a vykonávání každodenních činností.

Ergoterapie se řadí mezi tzv. rehabilitační profese. Jejich cílem je prevence či snížení dopadů disability na člověka a na jeho zapojení se do společnosti. Hlavním cílem ergoterapie je pomoci osobám s disabilitou řešit otázky, které souvisí se snížením soběstačnosti v činnostech, které jsou pro člověka nepostradatelné. Proto se ergoterapie řadí mezi nejdůležitější součásti ucelené rehabilitace. Ergoterapeut by tak měl být členem multidisciplinárního týmu. (JELÍNKOVÁ, KRIVOŠÍKOVÁ, ŠAJTAROVÁ, 2009).

¹ Podle mezinárodní klasifikace funkčních schopností, disability a zdraví (WHO, 2001) disabilita zahrnuje snížení funkčních schopností na úrovni těla, jedince nebo společnosti, která vzniká, když se občan se svým zdravotním stavem setkává s bariérami prostředí.

2 Historie oboru ergoterapie

2.1 Historie ergoterapie ve světě

„V 18. století byla využívána pracovní terapie především v péči o duševně nemocné. V roce 1973 psychiatr Phillipe Pinel začal při léčbě osob s duševním onemocněním uplatňovat tzv. morální léčbu a zaměstnávání.“ (JELÍNKOVÁ, KRIVOŠÍKOVÁ, ŠAJTAROVÁ, 2009, s. 20).

Od té doby byli duševně nemocní vnímáni jako nebezpeční a nevyléčitelní. Při léčbě prosazoval empatii a uplatňoval laskavý přístup. Zavedl pravidelný režim dne, což obnášelo zapojení duševně nemocných osob do kreativních činností. Tyto činnosti měly pomoci obnovit duševní zdraví. Pinel využíval při léčbě četbu, poslech hudby, tělesná cvičení a práci. To sloužilo jako způsob léčení emočních stresů a zlepšování schopností zvládat každodenní aktivity. Zjistil, že nedostatečné zaměstnávání pacientů přispívá k rozvoji symptomů onemocnění.

Ve 20. století došlo k několika změnám. Ergoterapie vzešla z principů morální léčby. Ta byla založena na humanistickém pohledu na zdraví a nemoc. Lidé s disabilitou měli právo zapojit se do každodenního života. Ergoterapie kladla hlavní důraz na zaměstnávání osoby a jednotu mysli a těla. Pokud došlo k rovnováze mezi prací, odpočinkem a aktivním využíváním volného času, byl tento stav považován za zdraví.

Profese ergoterapie vznikla v USA v roce 1917. Na jejím vzniku se podíleli zdravotní sestry a lékaři. Za zakladatele se považují George Edward Barton (architekt), Eleanor Clarke Slagleová (sociální pracovnice) a William Rush Dunton, ml. (psychiatr). Dunton se označuje za „otce ergoterapie“. Založil první profesní časopis, který vycházel až do jeho smrti v roce 1950. Dunton propojil ergoterapii s medicínou. Profese ergoterapie byla založena na terapeutickém využití aktivity, což vedlo k jejímu propojení s medicínskou praxí. (JELÍNKOVÁ, KRIVOŠÍKOVÁ, ŠAJTAROVÁ, 2009).

Do jisté míry ergoterapie vycházela z protestantských tradic, ve kterých se práce považovala za jednu z důležitých lidských čtností. V ergoterapii se nejčastěji používaly ruční a výtvarné práce a výrobky byly jednoduché. Od roku 1923 vznikaly první ergoterapeutické školy (např. v Anglii, USA).

Ergoterapie se zaměřovala především na fyzické problémy pacienta. Při dlouhodobém pobytu na lůžku se uplatňovaly především výtvarné techniky jako léčebný prostředek.

2.1.1 Vývoj ergoterapie v období po 2. světové válce

Ve 20. století se ergoterapie vyvinula do tzv. exaktní vědy. Stále více se začala uplatňovat v nemocnicích při rehabilitaci tělesného postižení. Od léčby tuberkulózy² (TBC) a poliomyelitidy³ se postupně přecházelo k léčbě chronických onemocnění (artritida, cévní mozkové příhody, traumatická poranění). Byl kladen důraz na sociální adaptaci pacienta. Ergoterapeuti se snažili o jeho návrat do rodiny nebo komunity. Od té doby se častěji používají nejrůznější psychoterapeutické techniky.

Období 60. let 20. století znamenalo pro ergoterapii veliké změny. Vznikaly například nové senzomotorické a neurofyzilogické léčebné přístupy. Ergoterapeuti se kvalifikovali nejen na psychiatrii a fyzické postižení, ale také na pediatrii, geriatrii a vývojové vady. Díky deinstitucionalizaci se pomoc vztahovala také na osoby s mentálním, tělesným a vývojovým postižením. To jim umožňovalo být rovnoprávný ve společnosti. Proto měla ergoterapie za úkol pomoci pacientům osvojit si dovednosti důležité pro samostatný život. Očekávalo se, že pacienti budou v budoucnu propuštěni z léčebné instituce. Z důvodu dlouhodobého pobytu v instituci, se museli pacienti také naučit sociálním dovednostem.

Další vývoj nastal v 70. letech 20. století. Ergoterapie se nechala inspirovat novými poznatky. Práci ergoterapeutů s pacienty to ale neovlivnilo. V terapii byl kladen důraz na obnovu tělesných funkcí. Hlavním úkolem ergoterapeutů bylo pacienty něčím zabavit. (JELÍNKOVÁ, KRIVOŠÍKOVÁ, ŠAJTAROVÁ, 2009.).

2.2 Historie ergoterapie v České Republice

V 18. století se v Čechách začala zlepšovat léčebná péče. Stavěly se nemocnice, ve kterých ale byli velmi špatné poměry. V 19. století se díky rozvoji medicíny začaly poměry zlepšovat. U nás se ergoterapie používala zejména v péči o duševně nemocné v psychiatrických léčebnách. V ergoterapii byly používány zejména rukodělné činnosti. Pacienti pracovali v zemědělství nebo na zahradách, které přiléhaly k zařízením. Profesor Rudolf Jedlička v roce 1913 založil v Praze Jedličkův ústav pro děti s tělesným postižením. Tento ústav byl později určen i pro zraněné vojáky z první světové války. Jedličkův ústav měl pro pacienty k dispozici různé dílny (truhlářská, krejčovská, zahradnická

² TBC způsobuje bakterie *Mycobacterium tuberculosis*, která se šíří vzduchem při kašlání. Nejčastěji postihuje plíce, ale může postihnout jakoukoliv část těla. Je to nejčastější smrtelné onemocnění

³ Poliomyelitida se označuje též jako dětská (přenosná) obrna nebo Heineova – Medinova nemoc. Je to epidemická letní viróza. Přenáší se stolicí nemocného.

a ortopedická, ve které se vyráběly protetické pomůcky). Jelikož u nás nebyl postižen různým válečným zraněním tak velký počet vojáků, nebyla ve velké míře potřeba rehabilitace. Ergoterapie byla považována za něco luxusního a nadstandartního. Ergoterapie se tak zastavila pouze na tradici rukodělných a výtvarných činnostech.

Ergoterapie u nás byla zpočátku ovlivněna medicínským modelem. Ergoterapeuti tak pracovali nejčastěji ve zdravotnických zařízeních a rehabilitačních ústavech (např. v Kladrubech, Hrabyni, Luži–Košumberku).

Před rokem 1989 byla ergoterapie součástí fyzioterapie, protože ji bylo možné studovat pouze v rámci specializačního postgraduálního studia.

Od roku 1992 existuje v Ostravě vyšší odborná škola, na které se dá studovat obor ergoterapie. V roce 1994/1995 byl otevřen na 1. lékařské fakultě Univerzity Karlovy v Praze první bakalářský obor ergoterapie. Bakalářský studijní program a rozvoj ergoterapie zaštitil na Klinice rehabilitačního lékařství ve VFN v Praze profesor Jan Pfeiffer a docent Jiří Votava. Studijní program byl akreditován v roce 2002 jako jediný v České republice. (KRIVOŠÍKOVÁ, 2011).

K uplatnění ergoterapeutů na českém trhu práce přispělo založení České asociace ergoterapeutů (ČAE) v Ostravě. Ta u nás podpořila spolupráci s mezinárodními ergoterapeutickými organizacemi. V roce 2002 byla ČAE přijata za člena Světové federace ergoterapeutů. V současné době je tento obor vymezen v zákoně č. 96/2004 Sb., Ergoterapie prochází neustálým vývojem. Ve školním roce 2004/2005 bylo možné naposledy zahájit studium ergoterapie na vyšších odborných zdravotnických školách. Od roku 2005 tak probíhá vzdělávání budoucích ergoterapeutů pouze na vysokých školách. Magisterské studium v tomto oboru v ČR není možné.

3 Základní principy práce s klientem

3.1 Autonomie klienta a jeho volba

Prvním a zároveň nejdůležitějším krokem tohoto přístupu je naslouchání klientovi. Terapeut by měl klientovi naslouchat, umět se vcítit do klienta, měl by se snažit porozumět tomu, v co klient věří, měl by respektovat jeho názory a hodnoty. Terapeut by měl klienta přijmout takového, jaký je. Terapeut je také schopen respektovat volbu klienta. Klient má právo samostatně řešit dané otázky a problémy, které se ho týkají. Největší výhodou tohoto přístupu je, když si klient sám zvolí cíle, kterých chce dosáhnout. Je tak motivován vynaložit velké úsilí ke splnění těchto úkolů.

3.2 Respekt a akceptace klienta

Podle Rogerse by měl terapeut bezpodmínečně přijmout klienta. Nazývá to jako „bezpodmínečné pozitivní přijetí“. To znamená, že terapeut musí přijmout klienta, aniž by ho nějak hodnotil. Neměl by klienta hodnotit podle svých vlastních norem a představ. Je důležité akceptovat klienta, ale v určité míře. Terapeut by neměl s klientem ve všem souhlasit, měl by ale respektovat to, co říká. To z toho důvodu, že je to pro klienta důležité a má na to právo. Akceptace klienta znamená přijmout negativní i pozitivní stránky jeho osobnosti. Pro člověka je velmi vzácné být druhým bezpodmínečně přijímán. Patří to mezi základní lidské vlastnosti a terapeut by to měl klientům splnit.

3.3 Terapeutické partnerství a sdílení odpovědnosti

Terapeut a klient by měli být při terapii rovnocennými partnery. Měli by vzájemně spolupracovat. Terapeut přináší do vztahu zkušenosti, znalosti svého oboru a praktické dovednosti, zatímco klient přináší zkušenosti s postižením nebo nemocí. Aby se vztah dobře vyvíjel, je důležité jejich vzájemné chápání. Klient by si měl uvědomit, proč je pro něj ergoterapie důležitá, co mu může dát a co vzít. Nejdůležitější v celém ergoterapeutickém procesu je pochopení problémů a potřeb klienta terapeutem, a naopak, aby klient pochopil kompetence ergoterapeuta a rozsah jeho profesionálních dovedností a znalostí. Vzájemná důvěra, pochopení a respekt napomáhají k úspěšné spolupráci a tím i k léčbě. (JELÍNKOVÁ, KRIVOŠÍKOVÁ, ŠAJTAROVÁ, 2009).

4 Zaměstnávání, činnost a úkol v ergoterapii

4.1 Model výkonu zaměstnávání (Occupational performance model)

Tento model se zaměřuje na hlavní oblasti ergoterapie a na obsah ergoterapeutického procesu. Výkon zaměstnávání umožňuje jedinci vykonávat úkoly, které mu pomáhají při naplňování sociálních rolí, a to takovým způsobem, který je adekvátní jeho věku a přiměřený jeho prostředí.

Oblasti výkonu zahrnují aktivity, na které ergoterapeuti berou zřetel při stanovení funkčních schopností. Jsou to takové činnosti, které tvoří součást života každého člověka.

Dělí se na tři kategorie:

1. Všední denní činnosti (ADL z angl. Activities of Daily Living).

Ty se dělí na personální všední denní činnosti (PADL). Sem se řadí oblékání, osobní hygiena, použití WC, přesuny nebo chůze. Druhou kategorií jsou instrumentální denní činnosti (IADL), kam se řadí telefonování, používání dopravy, příprava jídla, domácí práce, praní prádla, manipulace s penězi atd. Tyto činnosti vyžadují různé dovednosti, jako např. sociální dovednosti, interakce s prostředím. Všechny tyto činnosti jsou nezbytné pro to, aby mohl jedinec samostatně žít a být nezávislý na druhých osobách.

2. Pracovní nebo produktivní činnosti

Do této skupiny činností patří zejména finanční zabezpečení, zabezpečení rodiny, osobní rozvoj nebo také vzdělávací aktivity.

3. Hra, zájmové nebo volnočasové činnosti

Volnočasové aktivity napomáhají člověku smysluplně vyplnit jeho volný čas. To znamená, že tyto aktivity jedinec dělá v době, kdy není v zaměstnání a kdy má splněné všechny své povinnosti. Jedná se o herní nebo zájmové aktivity, které jsou přiměřené věku jedince.

4.1.1 Složky výkonu zaměstnávání

Složky výkonu zaměstnávání jsou základní lidské dovednosti, které se využívají k vykonávání různých činností. Při plnění těchto činností jedinec využívá různé složky výkonu:

1. Senzomotorická složka výkonu

Tato složka se skládá ze tří funkčních oblastí. Senzorické (senzorické vnímání a zpracování informací, percepce), neuromuskuloskeletální (reflexní reakce,

rozsah pohybu, svalový tonus a síla,) a motorické (hrubá motorika, koordinace, lateralita⁴, motorická kontrola, manuální zručnost, orálně motorická kontrola).

2. Kognitivní složka výkonu

Kognitivní složka umožňuje jedinci využívat vyšší funkce mozku. Zahrnují se sem tyto oblasti: úroveň aktivace, orientace, rozeznávání, rozsah pozornosti, paměť, myšlení, učení a řešení problémů.

3. Psychosociální - psychologická složka výkonu

Tato složka obsahuje schopnost sociální interakce a emočního zpracování. Jsou sem zahrnuty hodnoty, zájmy, výkon rolí, sociální chování, interpersonální dovednosti, sebevyjádření, sebeovládání.

(JELÍNKOVÁ,KRIVOŠÍKOVÁ,ŠAJTAROVÁ,2009).

⁴ Lateralita znamená přednostní užívání jednoho z párových orgánů pohybového nebo smyslového ústrojí

5 Hodnocení v ergoterapii

Ergoterapeut se ve své práci neustále rozhoduje a proto je klinické rozhodování nejdůležitější součástí ergoterapeutického procesu. Jasné a efektivní rozhodování ergoterapeuta vede ke správnému sestavení terapeutického plánu. Ergoterapeut se např. rozhoduje, jestli je ergoterapie u jednotlivce nutná, jestli ji daný klient potřebuje a jaké informace jsou pro něj důležité.

Ergoterapeut musí mít dostatečné znalosti o onemocněních, o jejich příčinách, průběhu, musí znát dobře jednotlivé metody sběru dat a jejich použití. Tyto podmínky jsou důležité pro správné a kvalitní hodnocení.

5.1 Druhy hodnocení

Vstupní – ergoterapeut se snaží získat základní informace pro plánování léčby, zjišťuje informace o dovednostech a schopnostech klienta, o jeho omezeních a potřebách

Průběžné – toto hodnocení pokračuje v průběhu léčby a zjišťuje se změna zdravotního stavu nebo dané sociální situace klienta

Specifické – toto hodnocení se dělá pouze na požádání klienta a ergoterapeut dál s klientem nepracuje

Závěrečné – hodnotí se léčba po jejím ukončení a ergoterapeut doporučuje klientovi další postupy léčby

Kontrolní – hodnotí se změny, které nastaly po ukončení léčby

Podle účelu se může hodnocení rozdělit na prediktivní, diskriminační (srovnávací a ověřovací), deskriptivní (formativní).

5.2 Hodnocení kognitivních funkcí

Kognice neboli poznávání je vnímání, organizace a asimilace. Ty člověku umožňují učit se nové věci, přijímat nové informace a naučené věci použít v praktickém životě. Výsledkem je tedy myšlení. Kognitivní funkce jsou podmíněné vědomím a senzomotorickým systémem.

Krivošíková (2011) rozlišuje: **základní kognitivní funkce** (vnímání, orientace, pozornost), **vyšší kognitivní funkce** (myšlení) a **metakognitivní schopnosti** (přemýšlení o svých myšlenkových procesech).

5.3 Hodnocení psychosociálních funkcí

Psychosociální funkce se týkají psychické a sociální oblasti. Psychické funkce zahrnují vnitřní procesy člověka, které mu poskytují vnitřní sílu provádět činnost. To znamená, že psychické funkce jsou určitou vědomou potřebou člověka. Dále obsahují vnitřní hodnotící procesy, díky kterým je člověk schopen uspokojení a přizpůsobení se. Patří sem také motivace, zájmy a sebehodnocení člověka.

Na sociální funkce můžeme nahlížet dvěma pohledy. Do roviny dovedností můžeme zahrnout vědomosti a schopnosti, které vedou k navázání vztahu s druhými lidmi tj. vzájemná komunikace a udržení vztahu s jinou osobou. Druhá rovina je rovina výkonu. Ta zohledňuje sociální aktivity daného jedince. Jedinec např. navštěvuje nějakou zájmovou skupinu.

Psychické i sociální funkce se navzájem odlišují, ale také spolu souvisí. Sociální funkce můžeme pozorovat, psychické ne. Psychické funkce vyvozujeme z chování člověka.

5.4 Hodnocení motorických funkcí

Ergoterapeut by se neměl zaměřovat jen na dílčí motorické funkce (svalovou sílu, rozsah pohybu, normalizaci svalového tonu), ale měl by vyšetřovat i funkční činnost (krájení a namazání chleba nebo oblékání). Ergoterapeut by tedy měl sledovat, jak klient danou činnost provádí.

Do hodnocení motorických funkcí patří: vyšetření rozsahu pohybu, vyšetření svalové síly, vyšetření svalového tonu, hodnocení jemné motoriky, hodnocení chůze. (KRIVOŠÍKOVÁ, 2011).

6 Hra a další volnočasové aktivity jako terapeutický prostředek v ergoterapii

6.1 Hra obecně

Za hru se považují skupiny činností, které vykonává buď jedna osoba, nebo více osob. Jsou to stolní hry, pohybové hry, sportovní hry, hazardní hry, hry na něco. Hra je přirozený způsob učení a umožňuje člověku vyjádřit radost a pocity již od dětství. Při hře obvykle prožíváme libé pocity. Spoustu her vyžaduje pohybovou aktivitu. Ta posiluje sebevnímání prostřednictvím vlastního těla. Tělesný prožitek umožňuje vytvoření „já“ a hranic „já“.

6.2 Hra v ergoterapii

V ergoterapii se hra může použít buď za prvé jako kondiční prvek terapie ve stacionářích pro děti a dospělé, v komunitních zařízeních a za druhé jako prostředek k pozorování klienta, jakým způsobem si osvojuje nové dovednosti a na jaké úrovni si tyto poznatky udrží.

Hrou může klient trénovat hrubou a jemnou motoriku, komunikační dovednosti, navázání a udržení očního kontaktu, spolupráce s ostatními, relaxace, naučí se přijmout neúspěch, bude rozvíjet sebedůvěru, sebeocenění, paměť, představivost, fantazii, kreativitu, pozornost, myšlení. Například při návštěvě zámku, kina, výstavy, bazénu si může jedinec osvojit dovednosti při vyhledávání dopravního spojení, prostorovou orientaci, manipulaci s penězi.

Za třetí se ergoterapeut zaměřuje na pomoc těm klientům, kteří nedovedou z důvodu svého handicapu uspokojivě trávit volný čas sami, nebo s rodinou. V tomto případě může terapeut pomoci klientovi najít možnosti realizace jeho zájmů, dále nabízí kontakty na organizace pro osoby s mentálním postižením.

Využití volnočasových aktivit a způsob práce závisí na mentální úrovni dítěte či dospělého. Hra umožňuje získání kamarádů, je prevencí nudy a odvádí pozornost od bolesti, může také navodit pocity domova, lásky, štěstí. Je důležité zvolit správnou hračku pro konkrétní potřeby jedince. (JELÍNKOVÁ, KRIVOŠÍKOVÁ, ŠAJTAROVÁ, 2009).

7 Využití výtvarných činností a tradičních řemesel v ergoterapii

Využívání výtvarných činností a tradičních řemesel je terapeutickým nástrojem ergoterapie. Tyto činnosti jsou pro člověka přirozenou součástí života. Míra využívání výtvarných činností je různá. Nabídka činností závisí na vybavení a možnostech pracoviště. Většinou zařízení nabízejí malování, kreslení, práci s papírem, ubrouskovou techniku, drátkování, práci s keramickou hlinou, práci na stavu, malbu na hedvábí, košíkářství, batikování, vyšívání, pletení.

Ergoterapeut vybírá dané činnosti podle potřeby klienta. Při provádění výtvarných a rukodělných činností může klient trénovat potřebné dovednosti. Například hnětením hlíny trénuje klient jemnou motoriku, sílu prstů a celé dlaně.

Další z možností výtvarné techniky je malba prsty. Je to skvělý terapeutický prostředek pro lidi s mentálním postižením. Poskytuje relaxaci, uvolnění, sebevyjádření jedince. Klient má možnost pomocí barev vyjádřit svoje pocity, přání a také svou momentální náladu.

Tento druh aktivizace chápeme jako odpoutání od stresů, starostí i bolestí, jako udržování dovedností, socializaci klientů, podporu sebevědomí a pocitu, že dělám něco smysluplného. (JELÍNKOVÁ, KRIVOŠÍKOVÁ, ŠAJTAROVÁ, 2009).

8 Mentální retardace

8.1 Psychologická charakteristika

Mentální postižení je souhrnné označení vrozeného deficitu rozumových schopností. Projevuje se sníženou schopností adaptace, učení, myšlení, orientace. Značné jsou odlišnosti v řeči, motivaci, emocionalitě, volných vlastnostech a motorice. (MATOUŠEK, 2013).

Každý člověk s mentálním postižením je svébytný subjekt a má charakteristické osobní rysy. Přesto tyto lidé mají společné znaky, které jsou ale ovlivněny hloubkou a mírou mentální retardace a mírou postižení psychických funkcí.

Hloubku a míru postižení má každý jedinec odlišnou. V mentální retardaci se rozlišuje oligofrenie a demence. Záleží, v jakém období k postižení došlo. Oligofrenie je opožděný duševní vývoj, ke kterému dochází v období prenatálním, perinatálním nebo časné postnatálním. Demence je chápána jako důsledek poškození mozku v průběhu života jedince. Dochází k ní zpravidla po dovršení druhého roku věku. K demenci může dojít v důsledku různých onemocnění a úrazů mozku. Rozlišuje se demence celková a částečná. Celková zasahuje všechny rozumové schopnosti, kdežto částečná zasahuje jen některé dílčí složky intelektu. Demence má zpravidla progredující charakter. (ŠVARCOVÁ, 2011)

8.2 Terminologie a charakteristika mentálního postižení

Mentální retardaci lze definovat jako vývojovou duševní poruchu se sníženou inteligencí demonstrující se především snížením kognitivních (tj. poznávacích), řečových, pohybových a sociálních schopností. (VALENTA A KOL. 2014, s. 24)

Pojem mentální retardace vychází z latinských slov **mens** = mysl, duše a **retardare** = opozdit, zpomalit. Mentální retardace tedy postihuje celou osobnost člověka. (SLOWÍK, 2007).

K příčinám mentální retardace patří organické poškození centrální nervové soustavy (CNS), které vzniká na základě strukturálního poškození mozkových buněk, nebo abnormálního vývoje mozku. (FISCHER, ŠKODA, 2008).

8.2.1 Klasifikace mentální retardace

Nejznámějším a nejvíce používaným vyjádřením úrovně inteligence je inteligenční kvocient (IQ), který zavedl W. Stern. Vyjadřuje vztah mezi mentálním věkem a mezi chronologickým věkem.

$$IQ = \frac{\text{mentální věk}}{\text{chronologický věk}} \times 100$$

Ke klasifikaci mentální retardace se využívá 10. revize Mezinárodní klasifikace nemocí, zpracovaná Světovou zdravotnickou organizací v Ženevě, která vstoupila v platnost 2002. Podle MKN 10. se mentální retardace dělí na šest kategorií: lehká mentální retardace, středně těžká mentální retardace, těžká mentální retardace, hluboká mentální retardace, jiná mentální retardace, nespecifikovaná mentální retardace. (ŠVARCOVÁ, 2011).

Lehká mentální retardace IQ 50–69 (F70) dříve označovaná jako debilita

Do této kategorie patří přibližně 80–85 % postižených. Lehce retardovaní jedinci jsou schopni účelně užívat řeč, udržovat konverzaci a verbálně komunikovat. Většina těchto lidí jsou schopna zvládat základní sebeobslužné úkony (jídlo, mytí, oblékání, hygiena). Jsou schopni zvládat i péči o domácnost, ale v přiměřené míře.

Největší potíže mají při práci ve škole. Mnozí postižení mají problémy se čtením a psaním a nejsou schopni plně zvládnout vzdělávací program školy. Lidem s lehkou mentální retardací prospívá, když se rozvíjí jejich praktické dovednosti a kompenzují se tak jejich nedostatky. Mentální věk těchto osob se pohybuje zhruba na úrovni 10–11 let.

Většinu jedinců s lehkou mentální retardací lze zaměstnat prací. Ta totiž nevyžaduje teoretické schopnosti.

V sociokulturním kontextu nemusí mít takto postižený člověk žádné větší problémy. Problémy ale mohou nastat, pokud je takovýto člověk emočně a sociálně nezralý, tzn. že se obtížně přizpůsobuje kulturním tradicím, normám a očekáváním, není schopen samostatně řešit problémy, které plynou z nezávislého života (zajištění bydlení, zdravotní péče, zaměstnání).

K lehké mentální retardaci se mohou také přidružit chorobné stavy, jako je autismus, epilepsie, poruchy chování nebo tělesná postižení.

Středně těžká mentální retardace IQ 35–49 (F71) dříve označovaná jako imbecilita

Tímto stupněm mentální retardace je postiženo přibližně 10 % postižených lidí. Lidé se středně těžkou mentální retardací mají opožděný rozvoj chápání a užívání řeči. Mají také omezenou schopnost postarat se sami o sebe. Takto postižení lidé mají také problémy se vzděláváním. Většinou si osvojí jen základy trivia (čtení, psaní, počítání). Jejich mentální věk se pohybuje v pásmu 4–8 let.

V dospělosti a ve středním věku jsou schopni vykonávat jednoduchou manuální práci. Úkoly a celá práce ale musí být dobře a správně strukturovaná a musí být zajištěn odborný dohled. Tito lidé nejčastěji pracují v chráněných dílnách a v dospělosti nedokáží vést zcela samostatný život. Většinou bývají zcela mobilní a fyzicky aktivní. Dokáží navazovat kontakty, komunikovat s druhými a podílet se na sociálních aktivitách.

Mezi těmito lidmi jsou značné rozdíly ve schopnostech. Někteří jedinci mají vyšší úroveň v dovednostech senzorio-motorických, zatímco druzí jsou neobratní, ale mají vysokou schopnost sociální interakce a komunikace.

U některých z nich se může diagnostikovat dětský autismus nebo jiné pervazivní vývojové poruchy. Často se u nich vyskytuje epilepsie a někdy se u nich může objevit také psychiatrická porucha.

Těžká mentální retardace IQ 35-49 (F71)

Tímto stupněm mentální retardace trpí asi 5% osob. Hodně se podobá středně těžké mentální retardaci, a to v přítomnosti organické etiologie a přidružených stavech. Lidé s těžkou mentální retardací nezvládají pravidla trivia, ale jsou schopni si osvojit užitečné informace. Většina osob trpí poruchou motoriky nebo jinými přidruženými vadami. Jejich mentální věk se nachází v pásmu 18. měsíce až 3,5 roku.

Hluboká mentální retardace IQ nižší než 20 (F73) dříve označovaná jako idiocie

S tímto stupněm mentální retardace se vyskytuje necelé 1% populace. Tito jedinci mají těžké omezení ve schopnosti porozumět řeči, požadavkům a instrukcím. V některých případech jsou schopni pouze neverbální komunikace (úsměv, radost, pláč). Většina osob je imobilních nebo výrazně omezena v pohybu. Postižení bývají inkontinentní, nejsou schopni pečovat o své základní potřeby a vyžadují stálou pomoc a dohled. Jejich mentální věk je nižší než 18 měsíců. Běžné jsou jiné tělesné nedostatky, které postihují hybnost, epilepsie a poškození zrakového a sluchového vnímání. U mobilních pacientů je nejčastější atypický autismus. (ŠVARCOVÁ, 2011).

9 Další postižení

9.1 Downův syndrom

Downův syndrom (DS) se označuje také jako Downova nemoc (morbus Downi). Podle literatury ho má 10 % všech lidí s mentálním postižením. Toto postižení poprvé popsal v roce 1866 anglický pediatr John Down. Lidé s tímto postižením mají přebytečný chromozom 21. To znamená, že Downův syndrom je chromozomální onemocnění – trizomie 21. chromozomu. Dříve se označoval jako „mongolismus“.

9.1.1 Fyziognomie a anatomické zvláštností lidí s Downovým syndromem

Fyzické rysy dítěte s Downovým syndromem jsou důležité především pro lékařskou diagnostiku. Hlava dítěte s DS je menší, než u ostatních lidí a její zadní část je plošší, což způsobuje její kulatost. Obličej má ploché rysy. Oční víčka jsou úzká a šikmá a ve vnitřním koutku oka je výrazná kolmá kožní řasa (bilaterální epikantus). Uši bývají o něco menší. Ústa jsou poměrně malá a některé děti mají ústa stále otevřená a jazyk tak vyčnívá mezi rty. Patro v ústech je nižší a čelisti jsou malé, což může vést ke špatnému postavení zubů. Růst zubů bývá opožděn. Krk bývá širší a mohutnější. Některé děti mají také zvětšené srdce. To způsobuje vrozená srdeční vada. Touto vadou trpí až 40 % dětí s DS. V minulosti byla dokonce častou příčinou předčasného úmrtí. (ŠVARCOVÁ, 2011)

9.2 Levostranná hemiparesa

Levostrannou hemiparesu popisují proto, protože jsem v šetření měla klientku s touto diagnózou. Hemiparesa je vertikální ochrnutí jedné poloviny těla. Levostranná hemiparesa je tedy ochrnutí levé poloviny. Při hemiparese je více ochrnutá horní končetina. Při levostranné hemiparese dochází k postižení části frontálního laloku koncového mozku. Ruka bývá zatáta v pěst a palec je addukován (přitažen) do dlaně. Vývoj motoriky probíhá asymetricky. Osoba více upřednostňuje zdravou stranu. Díky tomuto postižení se narušuje přirozená dominance končetin. (FISCHER, ŠKODA, 2008)

10 Domov Laguna Psáry

Jelikož v tomto zařízení probíhalo mé šetření, uvedu o něm několik informací.

Ústav sociální péče Psáry zahájil provoz 5. ledna 1962 a poskytoval původně jen celoroční služby dětem s mentální retardací do věku 12 let. Od roku 1970 mohl ústav poskytovat služby dětem s mentální retardací do 26 let. V současné době poskytuje Domov Laguna Psáry ve svých dvou areálech celoroční, týdenní a denní služby osobám s mentální retardací bez omezení věku. Kapacita domova je v obou areálech 107 klientů s různým stupněm mentální retardace. Jejich věk se pohybuje od 3 let až do dospělosti. Někteří z nich zde prakticky prožijí celý svůj život a Laguna se stala jejich domovem. Domov Laguna má také svoji Základní školu speciální Psáry, kam chodí i děti z regionu. V současné době ji navštěvuje 18 žáků a škola už má svoje absolventy.

10.1 Co domov nabízí

Součástí domova jsou následující zařízení:

- domov pro osoby se zdravotním postižením
- týdenní stacionář
- denní stacionář
- chráněné bydlení
- pečovatelská služba

Všechny zařízení přispívají k plnohodnotnému životu klientů, jsou cestou k jejich integraci mezi běžnou populací a umožňují jim se setkávat se svými kamarády a blízkými osobami.

11 Analýza denního pracovního režimu v Domově Laguna

Psáry

Pracovní režim v Laguně probíhá skupinově, nebo individuálně. Každý klient vykonává jinou činnost, a to podle sestaveného individuálního plánu. Klienti mají možnost pracovat na jejich statku. Tam vykonávají činnosti, jako jsou péče o zvířata (kůň a divoké prase), sušení sena, vyklízení stáje. Dále pak uklízí areál domova. Hrabou listí, zametají chodníky, zalévají květiny. A třetí možností práce je práce placená. Klienti, kterým to jejich postižení umožňuje, dojíždějí do místní pekárny nebo do prádelny, kde pracují buď na částečný, nebo celý úvazek. To záleží na stupni jejich postižení. Také mají možnost dobrovolně docházet do textilní nebo keramické dílny a vytvořené výrobky potom prodávají na různých trzích.

Klienti v tomto zařízení pracují s radostí a se zájmem. A to hlavně z toho důvodu, že pracovníci k nim přistupují s láskou, úctou, respektem a empatií a berou je jako sobě rovné. Domov Laguna Psáry je prvním zařízením, ve kterém jsem viděla, že den klientů je jasně strukturovaný a mají určené aktivity, které jim napomáhají k jejich rozvoji. Denní aktivity se samozřejmě mohou upravit podle momentální nálady klienta a podle počasí, ale vždy musí splňovat individuální plán klienta. V případě nevěle klienta vykonávat určitou činnost, se vždy vymyslí náhradní program. Ale daný program je vždy takový, aby klient při něm rozvíjel své schopnosti a dovednosti, nebo se naučil něco nového.

Pracovníci každé ráno s klienty, kteří nechodí do zaměstnání, v krátkosti proberou, jakou mají náladu, a co by chtěli dělat. Pracovníci to zhodnotí a určí klientům úkoly. Každá činnost klienta se musí zaznamenat do jeho složky, protože se musí dodržovat standardy kvality.

12 Šetření

V předkládané bakalářské práci se v rámci šetření zaměřuji na pracovní uplatnění klientů Domova Laguna Psáry. Zvolila jsem jedno z pracovišť, které je sociálním partnerem klientů. Šetření probíhalo v pekárně, která spadá pod Domov Laguna Psáry.

Cíl šetření

Cílem šetření bylo zjistit, jak působí pracovní proces na klienty, zmapovat, jak se rozvíjejí ve svých dovednostech a zda u nich dochází ke změnám v sociální interakci. Také jsem zjišťovala, zda ergoterapie pomáhá klientům v rozvoji motoriky a upevnění pracovních návyků.

Metody šetření

V průběhu šetření byla využita metoda pozorování. Pozorování jsem doplnila řízeným rozhovorem. S klienty jsem hovořila na pracovišti a ptala jsem se zejména na otázky, jestli rádi pracují a jestli rádi docházejí do zaměstnání. Před prací s klienty jsem shromáždila základní anamnestické údaje. Pracovala jsem se skupinou tří klientů (dvě ženy, jeden muž) ve věku 21–42 let. Šetření probíhalo 3 měsíce vždy jeden den v týdnu v časovém rozsahu 3–4 hodiny. Pozorovala jsem klienty při práci v pekárně. Na počátku jsem prováděla ve sledovaných dovednostech vstupní diagnostiku. Hodnotila jsem sebeobsahu, pracovní činnosti, kognitivní dovednosti a sociální dovednosti.

V průběhu tří měsíců jsem zaznamenávala případné změny v chování, které jsou dále uvedeny v průběžném hodnocení. Po této době jsem shrnula výsledky pozorování.

Pro diagnostiku a hodnocení ergoterapeutického procesu jsem zvolila vlastní klasifikaci.

Pro každého klienta jsem vypracovala doporučení, čemu by měla být věnována zvýšená pozornost v budoucnu.

12.1 osobní profily klientů

Klientka Gabriela

Anamnestické údaje

Gabriela se narodila v roce 1974. Žila od narození s rodiči a starší sestrou v Mariánských lázních v rodinném domku. Gabriela docházela do speciální školy, později pracovala v zahradnictví. Gabriela je svéprávná. Matka zemřela po těžké nemoci, opatrovníkem byl stanoven otec. Gabriela nemá žádné přátele kromě své rodiny. V roce 2014 se stala klientkou DLP a bydlí v chráněném bydlení nad pekárnou spolu s dalšími klienty.

Diagnóza: lehká mentální retardace, levostranná hemiparesa

Vstupní hodnocení

Sebeobsluha

Klientka samostatně zvládá veškerou sebeobsluhu (jezení příborem, obouvání bot a zavazování tkaniček, převlékání) a osobní hygienu.

Pracovní činnosti

Klientka pomáhá při přípravě jídla, dělá pravidelný úklid domácnosti, sama si stele lůžko a uklízí prádlo. Pracuje na částečný úvazek v pekárně. Zpočátku nebyla zvyklá pravidelně docházet do zaměstnání. Zadané úkoly se snaží plnit vcelku rychle a kvalitně. Aktivitu, které vykonává, jsou jednoduché. Vždy se snaží odvést kvalitní práci. I přesto, že klientka nedochází na žádnou rehabilitaci, tak zvládá veškeré úkoly a hemiparesa ji nijak neovlivňuje v plnění úkolů. V ergoterapii se proto na hemiparesu nebere ohled.

Kognitivní dovednosti

Klientka komunikuje bez problémů, vyjadřuje se jednoduchými větami, čte jednoduché texty, umí psát psacím písmem a dovede se podepsat. Zná číselnou řadu do deseti, sčítá a odčítá v oboru do pěti. Ve volném čase ráda vybarvuje omalovánky, skládá puzzle a čte. Ráda se učí nové věci, ale potřebuje časté opakování. Osvojené poznatky jsou trvalé.

Sociální dovednosti

Gabriela je veselá a přátelské povahy, dokáže však být i paličatá. Pokud má špatnou náladu, tak nadává a odmítá spolupracovat. Je velmi společenská a zábavná.

U klientky se budu snažit upevnit pravidelnou a včasnou docházku do zaměstnání.

Průběžné hodnocení

1. den

Klientka byla usměvavá, měla dobrou náladu a s ostatními klienty i pracovníky komunikovala bez problémů. Do kolektivu se začlenila dobře. Se mnou moc nekomunikovala.

Do práce dorazila včas. Připravovala strouhanku, strouhala jablka, připravovala nosiče na oběd, myla WC, zametala a vytírala. Při práci byla opatrná, pečlivá, dodržovala

správnou hygienu. Práci odváděla pečlivě a vcelku kvalitně. Práce jí šla rychle od ruky a bavila ji. Je zvyklá pracovat.

2. den

Klientka byla usměvavá, velmi komunikativní a měla dobrou náladu. Dnes komunikovala i více se mnou, protože překonala počáteční stud. S ostatními klienty komunikovala i při práci.

Do práce dorazila s mírným zpožděním. Upozornila jsem ji na to. Dnes zametala, vytírala a strouhala jablka. Zadané úkoly plnila rychle a nemusela jsem na ni dohlížet. Při práci byla samostatná. I přes svou nesoustředěnost práci odváděla stejně kvalitně a rychle.

3. den

Klientka podle svých slov měla skvělou náladu, dobře se vyspala. Komunikovala dobře a byla usměvavá.

Do práce dorazila včas. Dnes prováděla velký úklid pekárny, pomáhala při přípravě pečiva, přendávala housky z plechů do přepravek. Zadané úkoly plnila dobře, akorát jsem ji musela upozornit na to, že je vařič zapojený v elektrické síti. Při práci si neustále s někým povídala a zajímala se o okolí. Odpoledne se jí nechtělo jít hrabat listí do areálu Laguny. Prý jí z držení koštěte bolí ruce. Postupem času byla stále unavenější. Hodně podřimovala na židli, byla unavená a chtělo se jí spát. Nechtěla už s nikým moc komunikovat. Nikdy jsem ji neviděla tak nesoustředěnou a unavenou.

4. den

Gabriela byla dnes komunikativní a měla velmi dobrou náladu. Ke klientům, k pracovnícím i ke mně se chovala moc hezky.

Do práce dorazila s mírným zpožděním. Znovu jsem ji na to upozornila. Dnes prováděla velký úklid, zametala, vytírala, myla WC, pomáhala při přípravě pečiva, mlela vlašské ořechy. Při práci si umí sama poradit. Při mletí ořechů jsem ji musela upozornit na to, aby používala všechny dostupné pracovní nástroje. Snažila se na to dávat pozor, ale občas zapomněla. Měla mírné problémy s jemnou motorikou levé ruky.

Pokud se jí zadá více úkolů najednou, opakuje si je nahlas, aby na žádný nezapomněla.

5. den

Klientka měla dobrou náladu, nejlepší ze všech dnů. Byla usměvavá, komunikativní, ke všem se chovala hezky.

Do práce dorazila včas. Dnes myla plechy z pece, pomáhala s přípravou pečiva, zametala, vytírala, uklízela WC. Při práci jsem na ni nemusela dohlížet, pracovala samostatně a zadané úkoly plnila rychle a kvalitně. Dnes byla velmi pracovitá a sama si říkala o další práci.

6. den

Klientka měla dobrou náladu, byla velmi komunikativní a usměvavá a k ostatním se chovala hezky.

Do práce dorazila včas. Dnes pomáhala při pečení vánočního cukroví, pomoc při pečení rohlíků a vánočky. Práce ji moc bavila, měla velkou radost z toho, že může pomáhat při pečení vánočního cukroví. Při práci dodržovala správnou hygienu a vlastní bezpečnost, zpívala si a povídala si s ostatními. Poslouchala rádio. Ráda pomáhala ostatním klientům.

Závěrečné hodnocení

Gabriela dokáže pracovat v kolektivu jiných lidí, nenechá se moc ovlivňovat, zůstává svá. K pracovníkům a ke klientům se chová moc hezky, má k nim vlídný a přátelský vztah. Na pracovní proces se adaptovala velmi dobře a nedovede si život bez práce představit. Pozdní příchody do zaměstnání se minimalizovaly. V práci je energická a zodpovědná. Zapojení Gabriely do ergoterapie přineslo pro klientku pozitivní efekt. Při pracovních činnostech došlo k prokazatelnému zlepšení motoriky, posílila se i sociální integrace do skupiny. U klientky je patrné, že skupinová ergoterapie je přínosná.

Doporučení

Gabriele bych doporučila, aby i nadále docházela do zaměstnání do pekárny. Měla by neustále udržovat své získané dovednosti, aby nedošlo k utlumení. Na příběhu klientky lze prokázat, že se naplnila teoretická východiska různých autorů, kteří uvádějí, že ergoterapie je důležitá pro celou řadu klientů s různým typem postižení. Gabriela potřebuje určitý řád a pevný denní režim, který u ní bude prohlubovat pracovní návyky. Odborní pracovníci domova výhledově předpokládají, že při úspěšném zvládnutí pracovního režimu by mohla klientka docílit i samostatného bydlení, o kterém sní. Při práci v pekárně je

rozvíjena i jemná motorika klientky. Bude-li pracovní činnost soustavná, bude se zlepšovat celkový fyzický i psychický stav klientky.

Klientka Kateřina

Anamnestické údaje

Kateřina se narodila v roce 1993. Od narození vyrůstala v úplné rodině. Později se rodiče rozvedli a matka se podruhé vdala. Z tohoto manželství má Kateřina dva mladší sourozence, sestru a bratra. Navštěvovala Mateřskou školu speciální v Praze 4, jako malá bývala náladová, negativistická a nevytrvalá. Do kolektivních činností s ostatními dětmi se příliš nezapojovala. V roce 2001 nastoupila do ZŠ speciální v Úvalech, kam docházela až do roku 2004. Je zde hodnocena jako citlivá, ale náladová dívka. Ve škole pracovala pouze, když chtěla a pozornost dokázala udržet jen krátkou chvíli. Při školní práci byl třeba častější individuální přístup. Od roku 2004 je klientkou ÚSP Psáry, byla zde přijata na týdenní pobyt. Zpočátku byla lítostivá a často se jí stýskalo po rodině. Na rodinu byla hodně fixovaná. Po čase se celkem dobře sžila s režimem domova. Kateřina je do velké míry samostatná, ale mívá občasné problémy s hygienickými návyky.

Diagnóza: mentální retardace lehčího stupně, IQ 60, Down

Vstupní hodnocení

Sebeobsluha

Klientka zvládá osobní hygienu, použití WC, převlékání, veškerou sebeobsluhu.

Pracovní činnosti

Každodenní práce a úklid v domácnosti umí Kateřina vykonávat samostatně, ale potřebuje dohled a občasnou pomoc. Také doma je vedena k pracovním návykům. Pomáhá matce s domácími pracemi a péčí o mladší sourozence. To ji velmi baví. Pracuje na částečný úvazek v pekárně. Pokud se jí úkol nedaří splnit, tak ho opouští a nechce jej řešit. Kateřina se snaží zadané úkoly plnit rychle a vcelku kvalitně. Aktivita, které vykonává, jsou jednoduché. Také dochází do textilní a keramické dílny.

Kognitivní dovednosti

Klientka ve volném čase ráda poslouchá rádio a dívá se na televizi, maluje, skládá puzzle. Její poznatky jsou trvalé, ale její aspirace občas nereálné. Ráda se učí nové věci. Dokáže psát psacím písmem, opisuje text, dokáže se podepsat celým jménem. Počítá do

dvaceti z hlavy a do sta pomocí kalkulačky. Umí rozeznat mince a bankovky, ale nikdy nechodí nakupovat sama, protože by utratila všechny peníze najednou.

Sociální dovednosti

Kateřina je hodně společenská, je ráda středem pozornosti, snaží se být dominantní a také je temperamentní. Avšak dokáže být také svéhlavá, někdy vulgární, odmlouvá. Často bere věci, které jí nepatří a to jak doma, tak v zařízení. Při vlídném přístupu je vstřícná a aktivně spolupracuje. Je schopna bezproblémově navazovat přátelské kontakty i s cizími lidmi. Při kontaktu s cizími lidmi bývá zprvu stydlivá, mluví potichu a málo, ale pokud stud překoná, tak je přívětivá, vtipná a hovorná. Kateřina je schopna udržovat přátelské kontakty dlouhodobě. Nemá žádný sexuální život, ale ráda by měla. Líbí se jí muži.

Další dovednosti

Kateřina jezdí na kole, ale pouze po areálu domova a s dozorem, protože není schopna zvládat pravidla provozu na komunikacích. Umí bezpečně přecházet ulici. Nikdy nepoužívá MHD. Raději chodí všude pěšky.

U klientky se budu snažit minimalizovat nevhodné chování ve společnosti a upevnit dodržování bezpečnosti a správné hygieny při práci.

Průběžné pozorování

1. den

Kateřina měla dobrou náladu, byla hodně komunikativní. Se mnou komunikovala od prvního momentu seznámení. K ostatním klientům i pracovnícím se chovala hezky.

Dnes loupala a strouhala jablka, myla přepravky. Práce jí šla rychle od ruky, nemusela jsem na ni dohlížet. Byla samostatná. Při práci dávala pozor, aby se nezranila. Klientka byla hodně zvědavá, zajímala se o dění kolem sebe a to částečně ovlivňovalo její práci.

2. den

Kateřina měla špatnou náladu, dnes se mnou moc nekomunikovala. Bolel ji zub, proto byla ve špatném rozpoložení.

Dnes myla přepravky, zametala, vytírala. Při mytí přepravek má svůj rituál, vždy je myje ve stejném pořadí. Moc si neuvědomovala, že pracuje s vodou. Musela jsem ji na to upozornit. Snažila se na to dávat chvíli pozor, ale po nějaké době opět nedbala na

bezpečnost. Kateřina se při práci slovně popichovala s jinou klientkou. Postupem času se jí nálada lepšila, i přesto, že ji bolel zub. Dnes měla sexuální narážky. Neustále říkala o jedné klientce, že má velká prsa. Na jednoho pána zase ukazovala, že má penis a plácla ho po zadku. Poté plácla po zadku i vedoucího pekárny. To značí její touhu po sexuálním životě. Ale ve společnosti je toto chování nevhodné.

3. den

Klientka měla dobrou náladu, byla velmi komunikativní a k ostatním se chovala moc hezky.

Dnes myla schody, vytírala a zametala. Práce jí šla rychle od ruky, nenechala se ničím rozptýlit. Dnes pracovala nejlépe ze všech dnů. Při zametání namete smetí na hromádku, ale už ji neuklidí. To značí její nevytrvalost při práci. Jinak dodržovala vlastní bezpečnost.

4. den

Klientka dnes nedorazila, připravovala se na Psáry fest.

5. den

Kateřina dnes měla výbornou náladu, byla hodně komunikativní a k ostatním se chovala hezky.

Dnes připravovala formičky na cukroví, plnila je těstem a pomáhala ve výrobě. Kateřina pracovala pilně a pečlivě, práce jí šla rychle od ruky, nenechala se rozptýlit od okolí a nemusela jsem na ni dohlížet. V přípravě formiček také měla svůj, podle ní, správný systém. Na každý plech dala pouze dvanáct formiček, a když sem ji upozornila na to, že jich tam dává málo, tak mi řekla, že to dělá dobře, a neposlechla mě. To značí její svéhlavost.

Závěrečné hodnocení

Kateřina dovede pracovat v kolektivu jiných lidí, ale nechá se jím ovlivnit. K pracovníkům a ke klientům se chová hezky. Je velmi přátelská a komunikativní. Na pracovní proces se adaptovala celkem dobře. Do jisté míry je samostatná, ale při práci mívá stále občasné problémy s hygienickými návyky. Zadané úkoly se snaží vykonávat celkem dobře, při práci je energická. Jejím velkým problémem je ale trpělivost a soustředění. U ničeho dlouho nevydrží. Její pracovní tempo je kolísavé, občas je zbrklá.

Je třeba často měnit jednotlivé činnosti. Zapojení Kateřiny do ergoterapie přineslo pro klientku pozitivní efekt. Při práci došlo k výraznému zlepšení koordinace pohybů a jemné motoriky a zlepšila se také sociální interakce. Na případu klientky je vidět, že skupinová ergoterapie je určitým přínosem.

Doporučení

Je vhodné i nadále u Kateřiny rozvíjet pracovní návyky a dovednosti, které využije v zaměstnání. Na příběhu klientky je vidět, že se naplnila teoretická východiska. Kateřina potřebuje pravidelný, dlouhodobý a trpělivý přístup všech lidí, kteří ji obklopují. Klientka potřebuje pevný řád při vykonávání pracovních činností. Při práci je rozvíjena i jemná motorika. Bude-li její pracovní činnost soustavná, zlepší se její trpělivost. Je důležité Kateřině neustále vštěpovat hygienické návyky a odstraňovat u ní nevhodné chování ve společnosti (viz sexuální náarážky).

Klient Ladislav

Anamnestické údaje

Ladislav se narodil v roce 1984. Byl od narození umístěn do Kojeneckého ústavu v Jilemnici, poté byl v Dětském domově Milovice. V roce 1989 nastoupil do Domova Laguna Psáry. Láďa neměl nikdy kontakt se svojí rodinou, ale čtyřikrát do roka ho navštěvovala jeho kamarádka. Láďa býval temperamentní, někdy agresivní. Láďa nerad pracoval, motivací pro něj bylo, pokud dostal pohlednici. Navštěvoval přípravný stupeň Speciální školy v Psárech, poté absolvoval speciální školu, v roce 2004 ukončil povinnou školní docházku. Láďa docházel do pěveckého kroužku, ale byl náladový a jeho docházka byla nepravidelná. Láďa nepoznal rodinný život, po celý svůj dosavadní život žil v nějakém zařízení, ať to byl dětský domov, nebo domov Laguna. Je zvyklý žít ve velkém kolektivu, ale má rád samotu a pohodlí.

Diagnóza: střední mentální retardace s psychomotorickým neklidem

Vstupní hodnocení

Sebeobsluha

Klient zvládá osobní hygienu, použití WC přes den, v noci nosí pleny, převlékání, samostatné stravování. Umí používat příbor, ale jí raději lžící. Umí si namazat rohlík a chléb.

Praktické činnosti

Láďa umí umýt a utřít nádobí, vynést odpadky, ale běžného úklidu pokoje se spíše nezúčastňuje. Ne proto, že by to nezvládl, ale proto, že je pohodlný. Umí si ustlat postel a vynést odpadky. Rád navštěvuje textilní dílnu a aktivity, které vykonává, jsou jednoduché. Pohybová koordinace je celkem dobrá.

Kognitivní dovednosti

Klient ve volném čase rád poslouchá hudbu a odpočívá na pokoji. Úroveň řeči je vývojově opožděná, výslovnost špatná a slovní zásoba slabá. Pokud sděluje nějaký svůj zážitek či problém, je mu velice špatně rozumět. Mentální schopnosti se pohybují v horním pásmu středně těžké retardace. Učení nových věcí Láďu příliš nebaví, je dost pohodlný až líný. Není schopen samostatně vyřešit problém. Nedokáže si sám stanovit cíle a plnit je.

Sociální dovednosti

Sociální kontakty navazuje rychle a bez problémů, je komunikativní. Navázané vztahy jsou trvalé.

U klienta se budu snažit upevnit jeho pracovní návyky a pracovní vytrvalost.

Průběžné hodnocení

1. den

Láďa měl celkem dobrou náladu, hned se mnou začal komunikovat. K ostatním klientům a k pracovnícím se choval hezky.

Dnes myl dveře a topení. Při práci ho hodně věcí rozptylovalo, ale když se soustředil, tak dovedl práci udělat dobře. Potřeboval neustálý dohled. Často se ptal, jestli pracuje dobře a je šikovný. Dokud nedostal odpověď, nepokračoval v práci. Pracoval hodně pomalu a dlouho mu trvalo, než udělal nějaký pohyb a úkol splnil. Asi po hodině už byl docela nesoustředěný a roztěkaný. Chtěl domů, kde bude odpočívat. Za jeho pracovní nevytrvalost může to, že není zvyklý pracovat a nebaví ho to.

2. den

Láďa nedorazil, připravoval se na Psáry fest.

3. den

Klient neměl moc dobrou náladu, prý se špatně vyspal a je unavený.

Dnes myl dveře. Nechtělo se mu pracovat, neustále se díval po ostatních a postával. Místo práce si chtěl povídat. Musela jsem ho upozornit, že je v práci. Při práci byl hodně roztržitý, musela jsem na něj neustále dohlížet, kontrolovat ho a dávat mu práci. Když práci dokončil a jinou nedostal, byl hodně rád.

4. den

Lád'a měl dobrou náladu, komunikoval a k ostatním se choval hezky.

Dnes myl dveře, topení, odpadkové koše a vypínače. Dnes pracoval nejlépe ze všech dnů, ale i přesto potřeboval dohled. Při práci se neustále ptal, jestli dobře pracuje a jestli si může namočit hadr. Myl vše jen na jednom místě, musela jsem ho tedy upozornit, aby to umyl pečlivě a celé. Pak šel domů, protože byl unavený a nebavilo ho pracovat.

5. den

Lád'a byl ospalý, moc nekomunikoval, ostatních si nevšímal.

Dnes myl dveře a topení. Pracoval s nechutí a pomalu, neustále zíval a při práci usínal. Opět se ptal, jestli pracuje dobře. Musela jsem na něj hodně dohlížet a práci po něm kontrolovat. Zadané úkoly neodvedl dobře.

Závěrečné hodnocení

Lád'a je schopen vykonávat jednoduché manuální práce, ale nemá chuť pracovat. Je schopen pracovat v kolektivu lidí, ale nechá se rozptýlit. K pracovnícím a ke klientům se chová hezky, má k nim přátelský vztah. Je komunikativní a společenský. Na pracovní proces se moc dobře neadaptoval, pracovat ho nebaví a je někdy líný. Při plnění pracovních povinností se na něj musí hodně dohlížet, často práci neodvede dobře. Pracuje rychle a zbrkle. Chce vše mít rychle hotové. Zapojení Ládi do ergoterapie pro něj nepřineslo moc pozitivní efekt. Za dobu terapie se nic nového nenaučil, ale podle slov vedoucí pracovnice se hodně zlepšil v tom, že dříve nebyl schopen do práce docházet. Dnes do práce dochází pravidelně a vykonává jednoduché úkoly. Při pracovních činnostech došlo ke zlepšení v sociální interakci a rozvoji jemné motoriky. U klienta je patrné, že skupinová ergoterapie je přínosná, ale pouze do určité míry.

Doporučení

Doporučuji i nadále navštěvovat zaměstnání v pekárně a větší zapojení do manuálních pracovních činností – pomoc při zametání cesty, hrabání a obracení sena. Je vhodné Láďu zapojit i do činností spojených s vedením domácnosti. Při těchto činnostech si trénuje trpělivost a lepší zapojení do kolektivu, neboť musí, jak v domově, tak v pekárně, spolupracovat s ostatními klienty. Je třeba vést Láďu k větší aktivitě a pracovnímu zapojení. Ladislav potřebuje určitý řád a pevný denní režim, který u něj bude prohlubovat pracovní návyky.

Závěr

Cílem této práce Vliv ergoterapie na klienta s mentálním a kombinovaným postižením bylo pomocí odborné literatury nejprve objasnit pojem ergoterapie. V práci jsem shrnula historii a vznik ergoterapie, ergoterapeutické metody, také mentální retardaci a Downův syndrom.

Ergoterapie napomáhá lidem s mentálním postižením vést do určité míry samostatný život. Umožňuje jim určitou míru pracovního uplatnění, seberealizace a sebenaplnění a začlenění do společnosti. Také pomáhá lidem s postižením zlepšit jejich jemnou a hrubou motoriku, pohybovou koordinaci a pomáhá jim vyplnit jejich volný čas. Ergoterapie pomáhá klientům vyjádřit jejich emoce.

S těmito získanými poznatky jsem pomocí metody pozorování a částečně metodou řízeného rozhovoru zjišťovala, jak působí ergoterapie na klienty s lehkou a středně těžkou mentální retardací. Pozorovala jsem jejich styl a postup práce, jejich přístup k zadávaným úkolům a míru sociálního začlenění. Zjišťovala jsem, jestli po dobu ergoterapie došlo k zlepšení a upevnění jejich pracovních návyků.

Z příkladů uvedených v části šetření je možné vidět, že každý klient je individuální bytost a že i ergoterapie tedy přináší pro každého jiný efekt. V praxi se mi potvrdilo to, že ergoterapie zlepšuje jemnou a hrubou motoriku, pohybovou koordinaci, seberealizaci a sebenaplnění klienta a umožňuje určitou míru pracovního uplatnění lidem s postižením. U dvou klientek byla ergoterapie úspěšná. Klientky se na pracovní proces adaptovali velmi dobře a došlo k rozvoji v jejich sociální interakci, pohybové koordinaci a jemné motoriky. V kolektivu pracují bez problémů a s ostatními komunikují výborně. U klienta ergoterapie moc úspěšná nebyla, klient se na pracovní proces moc dobře neadaptoval, pracovat ho nebavilo. Jediný přínos pro něj bylo zlepšení v sociální interakci. S ostatními komunikuje dobře a v kolektivu je schopen pracovat bez problémů.

Seznam použité literatury

Prameny

FISCHER, S., ŠKODA, J. *Speciální pedagogika. Edukace a rozvoj se somatickým, psychickým a sociálním znevýhodněním*. Praha: TRITON, 2008. ISBN 978-80-7387-014-0

JELÍNKOVÁ, J., KRIVOŠÍKOVÁ, M., ŠAJTAROVÁ, L. *Ergoterapie*. Praha: PORTÁL, 2009. ISBN 978-80-7367-583-7

KRIVOŠÍKOVÁ, Mária. *Úvod do ergoterapie*. Praha: GRADA, 2011. ISBN 978-80-247-2699-1

MATOUŠEK, O. a kol. *Encyklopedie sociální práce*. Praha: PORTÁL, 2013. ISBN 978-80-262-0366-7

SLOWÍK, J. *Speciální pedagogika*. Praha: GRADA, 2007. ISBN 978-80-247-1733-3

ŠVARCOVÁ, I. *Mentální retardace*. Praha: PORTÁL, 2011. ISBN 978-80-7367-889-0

VALENTA, M. a kol. *Přehled speciální pedagogiky*. Praha: PORTÁL, 2014. ISBN 978-80-262-0602-6

Slovníky

Nový akademický slovník cizích slov. Praha: ACADEMIA, 2008. ISBN 978-80-2001-415-3

Elektronické zdroje

Ústav sociální péče Laguna Psáry. *Domov Laguna Psáry* [online]. Česká Republika, 2009 [cit. 2016-20-1]. Dostupné z: www.lagunapsary.cz/

Lékaři bez hranic. *Lékaři bez hranic v ČR* [online]. Česká Republika [cit. 2015-10]. Dostupné z: www.lekari-bez-hranic.cz

WikiSkripta. *WikiSkripta* [online]. Česká Republika, 2015 [cit. 2015-10]. Dostupné z: www.wikiskripta.eu/index.php/Home

Přílohy

Příloha č. 1

Písemný souhlas klientky Gabriely

Fotografie klientky Gabriely

Příloha č. 2

Písemný souhlas klientky Kateřiny

Fotografie klientky Kateřiny

Příloha č. 3

Písemný souhlas klienta Ladislava

Fotografie klienta Ladislava



13. 10. 2015
Domov Laguna Psáry

Souhlasím s tím, že studentka Čieřová Martina (studující Husitskou teologickou fakultu UK Praha) může nahlížet do osobní složky Gabriely Eksteinové. Poznatky, které studentka získá, využije pro svoji bakalářskou práci.

Gabriela Eksteinová
svéprávná

Vstupní hodnocení klientky Gabriely

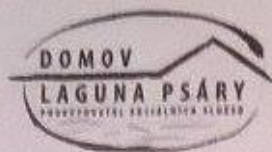


Průběžné hodnocení klientky Gabriely




Závěrečné hodnocení klientky Gabriely





13. 10. 2015
Domov Laguna Psáry

Souhlasím s tím, že studentka Čiefová Martina (studující Husitskou teologickou fakultu UK Praha) může nahlížet do osobní složky mé dcery Kateřiny Chmátalové. Poznatky, které studentka získá, využije pro svoji bakalářskou práci.


Jana Štovičková
opatrovnice - matka

Vstupní hodnocení klientky Kateřiny



Průběžné hodnocení klientky Kateřiny




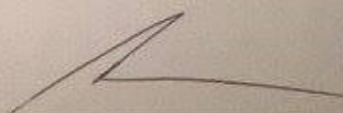
Závěrečné hodnocení klientky Kateřiny





13. 10. 2015
Domov Laguna Psáry

Souhlasím s tím, že studentka Čieřová Martina (studující Husitskou teologickou fakultu UK Praha) může nahlížet do osobní složky klienta Ladislava Baláže. Poznatky, které studentka získá, využije pro svoji bakalářskou práci.



Obec Psáry
opatrovník

Vstupní hodnocení klienta Ladislava



Průběžné a závěrečné hodnocení klienta Ladislava



Shrnutí

Bakalářská práce s názvem „Vliv ergoterapie na klienta s mentálním a kombinovaným postižením“ objasňuje pojem ergoterapie, její historii a vznik. Dále popisuje využití hry a výtvarných činností v ergoterapii. Zaměřuje se na deskripci mentální retardace a Downova syndromu a jedné kombinované vady.

V šetření zjišťuji, jak působí ergoterapie na klienty s mentální retardací, jak se adaptovali na pracovní proces, jestli došlo ke zlepšení v sociální interakci, zda se rozvinula jejich jemná a hrubá motorika a zda se zdokonalili v sebeobsluze. V závěru šetření analyzuji terapii klienta a navrhuji další možnou terapii.

Summary

The Bachelor thesis entitled "Influence of occupational therapy on clients with intellectual and multiple disabilities" explains the concept of occupational therapy, its history and its creation. Furthermore, it describes the use of games and art activities in occupational therapy. It focuses on the description of mental retardation and Down syndrome and one combined defect.

In the research I'm finding out, how the occupational therapy work on clients with mental retardation, how they adapt to the working process, if there was an improvement in social interaction, whether they developed their fine and gross motor skills, and whether they improved their self-care. In conclusion of the survey I analysed the client's therapy and suggest other possible therapy.